



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for Folkehelsefag

Marita Johnsen & Helena Nyvoll Evensen

Veileder: Randi Løviknes

Bachelor i sykepleie

«Det er tungt å puste, det er ikke lett å leve med KOLS»

«It's hard to breathe, it's not easy living with COPD»

Antall ord: 12 369

BASY 2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA ☒ NEI ☐

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA ☒ NEI ☐

Norsk sammendrag

Norsk tittel: «Det er tungt å puste, det er ikke lett å leve med KOLS»

Engelsk tittel: «It's hard to breathe, it's not easy living with COPD»

Bakgrunn: Mellom 250 000 og 300 000 mennesker har KOLS (Helsedirektoratet, 2012). Sykepleiere møter pasienter med KOLS både i hjemme og i institusjon. Det er derfor viktig å inneha kunnskaper om diagnosen, samt hvilke konsekvenser sykdommen har for pasientene.

Hensikt: Er å belyse ulike faktorer som kan begrense angstfølelsen hos pasienter med KOLS.

Problemstilling: Hva kan vi som sykepleiere gjøre for å redusere følelsen av angst hos pasienter med KOLS?

Metode: Metoden er en litteraturstudie, som bygger på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskning og egne erfaringer.

Teori: Her blir det presentert teori som er relevant for drøftingen, samt besvarelsen av problemstillingen. Pensumlitteratur og selvvalgt litteratur er brukt for å gi oss et faglig grunnlag for drøfting. I tillegg til sykepleieteoretikerne Travelbee og Orem.

Konklusjon: Både forskning og egen erfaring viser at pasienter med KOLS opplever angst. Sykepleierne må aktivt jobbe med ikke-medikamentelle tiltak som retter seg mot å forbedre livskvaliteten, bidra til mestring, øke følelsen av trygget og bedre håpet. Dette kan redusere følelsen av angst hos denne pasientgruppen. Veiledning, støtte, omsorg, tillit og informasjon er viktige faktorer vi kan bruke i møtet med pasientene. Det kan oppleves som svært skremmende å ikke få puste, vår jobb som sykepleiere er å være til stede for pasienten.

Nøkkelord: COPD, anxiety, nursing, KOLS, quality of life, nursing and health professions, COPD patient, coping og health care

Innholdsfortegnelse

NORSK SAMMENDRAG.....	2
1. INNLEDNING	4
1.1 VALG AV TEMA OG SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	4
1.2 VALG AV PROBLEMSTILLING	5
1.3 AVGRENSNING	5
1.4 BEGREPSAVKLARING.....	5
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING	6
2. METODE	7
2.1 LITTERATURSØK	7
2.2 KILDEKRITIKK.....	9
2.3 ETISKE OVERVEIELSER	9
2.4 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	10
3. TEORETISK PERSPEKTIV	14
3.1 KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYKDOM	14
<i>Symptomer</i>	15
<i>Årsaker</i>	15
<i>Diagnostisering og prognose</i>	15
<i>Behandling</i>	16
3.2 ANGST	16
3.3 LIVSKVALITET OG TRYGGHET	19
3.4 HÅP	20
3.5 MESTRING	22
4. SYKEPLEIERTEORIER	23

4.1	JOYCE TRAVELBEE.....	23
4.2	DORTHEA OREM	24
5.	HVA KAN VI SOM SYKEPLEIERE GJØRE FOR Å REDUSERE FØLELSEN AV ANGST HOS PASIENTER MED KOLS?	26
5.1	LIVSKVALITET OG TRYGGHET	26
	<i>Den lammende angsten.....</i>	<i>26</i>
	<i>Balansen mellom aktivitet og hvile.....</i>	<i>28</i>
	<i>Trygghet i hverdagen.....</i>	<i>29</i>
	<i>Å få puste.....</i>	<i>30</i>
5.2	MESTRING OG HÅP	31
	<i>Å legge til rette for pasienten</i>	<i>31</i>
	<i>Det sosiale nettverket</i>	<i>32</i>
	<i>Den gode relasjonen i omsorgen</i>	<i>33</i>
	<i>Mellommenneskelige forhold.....</i>	<i>34</i>
	<i>Den onde sirkelen.....</i>	<i>36</i>
6.	KONKLUSJON	38
7	LITTERATURLISTE	40

Vedlegg 1: PICO-Skjema

Vedlegg 2: GOLD-Kriterier

Vedlegg 3: Angstens onde sirkel

Vedlegg 4: Orems åtte egenomsorgsbehov

1. Innledning

1.1 Valg av tema og sykepleiefaglig relevans

Denne oppgaven omhandler angst relatert til kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Mange pasienter med KOLS opplever angst knyttet til det å ikke få puste. Andenæs (2007) mener at angsten kan redusere livskvaliteten da den hemmer pasientene i å leve det livet de selv ønsker. Vi har erfart i praksis at pasientene får nødvendig medikamentellbehandling, men at det ofte blir gjort lite med angstproblematikken. Hensikten med denne oppgaven er å belyse hva vi som sykepleiere kan gjøre for å redusere følelsen av angst hos pasienter med KOLS. Grunnen til valg av tema er at vi som sykepleiere møter pasienter med KOLS både i hjemmet og i institusjoner. Vi må derfor inneha kunnskap om diagnosen, samt kunnskap om hvilke konsekvenser sykdommen har for pasienten.

Helsedirektoratet (2012) anslår at det i Norge er mellom 250 000 og 300 000 mennesker som har diagnosen KOLS. Under halvparten av disse vet ikke at de har sykdommen. Lange og Moll (2011) forklarer at angst og panikkangst forekommer tre til seks ganger oftere hos pasienter med KOLS enn hos resten av befolkningen. En studie gjort av Willgoss, Yohannes, Goldbart & Fatoye (2012) viser til at to tredjedeler av pasientene med KOLS opplever angst. Det påvirker både livskvaliteten og de fysiske funksjonene til pasientene. Dette viser at angst er en utfordring for denne pasientgruppen og det er relevant at sykepleiere har kunnskap om angst hos disse pasientene.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere underbygger vårt valg av tema da det er skrevet at sykepleiere skal støtte opp under pasientens håp, mestring og livsmot. Vi skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Det vil si at hele mennesket skal bli sett. Det er også nedfelt i retningslinjene at vi skal fremme pasientens evner til å ta selvstendige avgjørelser, noe vi gjør ved å gi informasjon som er tilpasset pasienten (Norsk sykepleierforbund [nsf], 2011).

1.2 Valg av problemstilling

Oppgaven handler om hva vi som sykepleiere kan gjøre for å begrense følelsen av angst hos pasienter med KOLS. For pasientene med KOLS og angst vil behovet være å oppleve trygghet, mestring og håp. Dette er faktorer vi ønsker å sette i sammenheng med en god livskvalitet. Ut ifra dette er vår problemstilling følgende:

“Hva kan vi som sykepleiere gjøre for å redusere følelsen av angst hos pasienter med KOLS?”

1.3 Avgrensning

Vi velger å fokusere på de hjemmeboende pasientene med hjemmesykepleie. Oppgaven er kjønnsnøytral. Vi har utelatt områder som er viktige for pasientene, da særlig den medikamentelle og ernæringsmessige behandlingen. Selv om de fleste pasientene med KOLS vil være avhengige av medikamenter, ser vi at det også er andre faktorer som kan være med på å øke livskvaliteten til disse pasientene. Sykepleierne kan ved bruk av sin kompetanse og tilstedeværelse bidra til trygghet og økt livskvalitet hos pasientene, noe som kan redusere angsten. Vår drøfting vil omhandle hvordan faktorene trygghet, livskvalitet, mestring og håp kan bedre pasientens viten om sykdommen og redusere angstfølelsen. Disse faktorene vil kunne hjelpe pasientene til å få en god livskvalitet til tross diagnosen KOLS.

1.4 Begrepsavklaring

Vi har avklart de definisjonene som blir brukt i problemstillingen:

“Hva kan vi som sykepleiere gjøre for å redusere følelsen av angst hos pasienter med KOLS?”.

Sykepleie: Er ifølge Travelbee (2001, s.29):

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene»

Angst: Angst kan defineres som en diffus uro, som kan være vag eller voldsom og lammende (Kvaal, 2013).

Pasient: Pasient – og brukerrettighetsloven (1999) definerer pasienten som: “En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle”.

KOLS: Skjønberg (2016) definerer KOLS som sykdommer i lunger og bronkier som fører til en varig forsnævring av bronkiene. Luftstrømmens hastighet blir begrenset når man puster, særlig ved ekspirasjon.

1.5 Oppgavens oppbygning

Vår oppgave inneholder et sammendrag, en innledningsdel, metodedel, teoridel, drøftingsdel, konklusjon og vedlegg.

2. Metode

Metode defineres på følgende vis: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» skriver Aubert (sitert i Dalland, 2013, s. 111). Oppgaven er litteraturstudie, der vi har benyttet forskning og eksisterende litteratur, for å få svar på problemstillingen. Den eksisterende forskningen og litteraturen vil bli brukt til å belyse og drøfte problemstillingen. Ved en litteraturstudie er den eksisterende litteraturen lett tilgjengelig i databaser og faglitteratur. Dette kan føre til at det er utfordrende å finne litteratur som best belyser vår problemstilling. Når det gjelder studier har vi søkt etter både kvantitative og kvalitative studier. De kvantitative studiene har data i form av målbare enheter. Denne typen studie gjør at vi kan finne gjennomsnitt eller prosentandel. Mens de kvalitative studiene har som mål å undersøke meninger og opplevelser som ikke kan måles. Den kvantitative studien ønsker å finne det som er felles og forskeren ser fenomenet utenfra. Ved en kvalitativ studie vil fokuset være å få frem det avvikende og forskeren ser fenomenet innenfra (Dalland, 2013).

2.1 Litteratursøk

I denne oppgaven har vi brukt pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskningsartikler. Pensumlitteraturen er valgt av Høgskolens akademisk ansatte og er derfor troverdig. Den selvvalgte litteraturen er funnet på høyskolens bibliotek og vil bli merket med * i litteraturlisten. Av den selvvalgte litteraturen valgte vi å bruke det som var mest relevant til vår problemstilling og helst av nyere dato. Vi ønsket å bruke kilder av nyere dato da eldre kilder kan inneholde fagstoff som ikke er gjeldende lenger, siden sykepleierfaget stadig er i utvikling. I de tilfellene vi har brukt eldre bøker er det vurdert opp mot pensumlitteratur eller nyere bøker for å se om fagstoffet enda er gjeldende. Av sekundærkilde er kun Stephen J. Cavanagh's bok om Orems sykepleiemodell brukt. Da vi synes det var lettere å tolke Orems modell når den var skrevet på norsk.

Databaser vi har søkt i er Cinahl, SweMed, Scopus, Google Scholar og ScienceDirect. Målet

var å finne forskning som ikke er eldre enn fem år og som har et sykepleierfaglig fokus. Når det gjelder språk har vi avgrenset oss ved å bruke norske, svenske og engelske studier. For å finne MeSH-termer valgte vi å få hjelp av en bibliotekar, noe som var nyttig da vi fikk tips til mange termer som var aktuelle for problemstillingen. For å holde oversikten på artikkelsøkene våre, lagde vi et PICO-skjema (vedlegg 1). MeSH-termene som er brukt er: COPD, Anxiety, Nursing, KOLS, Quality of life, Nursing and health professions, Nurse, COPD patient, Coping og Health care.

Etter å ha gått gjennom artiklene, satt vi igjen med fem relevante forskningsartikler. Disse fem studiene er fra Norge, Sverige og England. Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler fra kunnskapssenteret (2016) ble brukt for å vurdere artiklene. IMRAD-modellen er også brukt i vurdering av forskningen. IMRAD-modellen står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2014).

«Integrating psychological screening into reviews of patients with COPD» (Hardy, Smart, Scanlan & Rogers, 2014) ble funnet gjennom databasen Cinahl med søkeordene COPD and anxiety and nursing. Avgrensningen ble gjort ved å velge årstall 2012-2016, samt fulltekst. Vi endte opp med fire treff.

«Self-efficacy as a predictor of improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation» (Bentsen, Wentzel-Larsen, Henriksen, Rokne & Wahl, 2010). Vi fant en del av studien på SweMed med søkeordene COPD and anxiety og avgrensning 2010-2016, samt peer reviewed. Fikk fire treff. I den delen av studien var det henvist til hele studien i referanselisten og gjennom søk på tittelen i Google Scholar fant vi hele.

«A 1-year follow-up study exploring the associations between perception of illness and health-related quality of life in persons with chronic obstructive pulmonary disease» (Bonsaksen, Haukeland-Parker, Lerdal & Fagermoen, 2013). Denne ble funnet gjennom Scopus med søkeordene COPD and anxiety and coping. Avgrensning 2012-2016 ga 25 treff. Vi avgrenset ytterligere ved å velge Norway og Sweden og fikk tre treff.

«Experience of anxiety among patients with severe COPD» (Strang, Ekberg-Jansson & Henoch, 2013). Studien fant vi gjennom Scopus med søkeordene COPD and anxiety and

coping. Avgrensning 2012-2016 ga 25 treff. Vi avgrenset ytterligere ved å velge Norway og Sweden og fikk tre treff.

«Everything was spiraling out of control: Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease» (Willgoss, Yohannes, Golbart & Fatoye, 2012). Forskningsartikkelen ble funnet gjennom databasen ScienceDirect med søkeord Anxiety and COPD. Videre ble søket innskrenket ved å omfatte Journals, Nursing and health professions og årstall 2012-2016. Fikk da 224 treff, så innskrenket ytterligere ved å velge Nurse, COPD patient and Health care. Fikk 31 treff og valgte denne.

2.2 Kildekritikk

Dalland presiserer at kildekritikk er en metode som blir brukt for å fastslå om en kilde er sann. De kildene som benyttes må derfor vurderes og bedømmes (Dalland, 2013). Vi har i hovedsak prøvd å bruke primærkilder, slik at vi får tak i forfatterens tolkning (Dalland, 2013). I noen tilfeller har vi brukt sitater som henviser til andre skrevne kilder, sekundærkilder, disse underbygger litteraturen vi allerede har brukt. Når vi har søkt etter forskning har vi prøvd å finne studier nyere enn fem år. Dette er fordi det jevnlig kommer ny forskning og vi som sykepleiere er pliktige til å holde oss faglig oppdaterte. All forskningen som er brukt i oppgaven er skrevet på engelsk noe som medfører at vi nødvendigvis ikke har tolket innholdet slik det er ment. Vi har en forskningsartikkel fra 2010, men har valgt å bruke den fordi den er relevant og beriker vår oppgave på en god måte.

2.3 Etiske overveielser

Eksempler vi har brukt fra vår egen praksiserfaring er anonymisert. Helsepersonelloven (1999) §21 sier at helsepersonell skal hindre at andre får tilgang eller kjennskap til opplysninger som omhandler menneskers sykdomsforhold eller andre personlige forhold. For å kreditere rett forfatter har vi brukt riktig kildehenvisning, på denne måten er det også lett for leseren å finne igjen kilden (Dalland, 2013).

2.4 Presentasjon av forskningsartikler

«**Integrating psychological screening into reviews of patients with COPD**» (Hardy, Smart, Scanlan & Rogers, 2014).

Bakgrunn: Hos mennesker med KOLS er angst og depresjon mer utbredt enn hos den generelle befolkningen. Noe som kan påvirke symptomene og hvordan de håndterer sykdommen. Behandling som tar hensyn til psykiske plager fører til bedre resultater enn behandling som fokuserer på å bare gi råd til pasientene.

Hensikt: Er å utforske muligheten for at sykepleiere skal kunne utføre psykologisk screening og vurdering av pasienter med KOLS.

Metode: I denne kvalitative studien fikk sykepleiere opplæring i å undersøke pasienter med KOLS for depresjon og angst, samt vurdere alvorlighetsgraden av sykdommen. Sykepleierne skulle gjennom en motiverende tilnærming gi pasientene økt egen mestring. Pasientene ble også tilbudt lungerehabilitering.

Resultater: Sykepleierne ble mer sikre på seg selv etter hvert som de fikk mer trening. Pasientene var positive til den psykologiske screeningen og følte seg sikrere og mer motiverte til å takle sykdommen. 11 av de 35 pasientene som deltok i undersøkelsen hadde tegn til angst og/eller depresjon. 16 av pasientene var kandidater for lungerehabilitering og 12 av de ønsket å bli henvist videre. Av disse 12 ble tre henvist til fastlegen, en startet med antidepressiva og en ble henvist til psykolog.

Konklusjon: Å gi sykepleiere opplæring i å utføre psykologisk screening for å kartlegge angst og depresjon hos pasienter med KOLS. Sykepleierne brukte motiverende intervju for å øke mestringsevnen til pasientene. Ved motiverende intervju ble motivasjonen til pasientene bedre og det ble lettere å håndtere livssituasjonen. Det kan føre til at flere pasienter får tilbudet om lungerehabilitering.

«**Self-efficacy as a predictor of improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation**» (Bentsen, Wentzel- Larsen, Henriksen, Rokne & Wahl, 2010).

Bakgrunn: Selv med optimal medikamentell behandling har pasienter med KOLS ofte redusert livskvalitet. Lungerehabilitering kan være et behandlingstilbud for de som opplever

dyspné, fatigue og har vanskeligheter med å utføre daglige aktiviteter.

Hensikt: Finne ut hvordan helsestatusen og livskvaliteten til pasienter med KOLS utvikler seg gjennom lungerehabilitering, samt undersøke hvilken virkning pasientenes tro på egen mestringsevne har på helsestatusen og livskvaliteten.

Metode: En studie som fulgte 100 pasienter med KOLS før og opptil tre måneder etter å ha deltatt på et seksukers kurs der de fikk undervisning individuelt og i grupper. Både den psykiske helsen og symptomene til pasientene ble kartlagt. Det ble brukt ulike skalaer for å kartlegge livskvalitet, helsestatus og troen på egen mestringsevne. Dette er en kohortstudie, da forskerne fulgte pasientene over lengre tid.

Resultater: Pasientene rapporterte om betydelige reduserte psykologiske påvirkninger grunnet KOLS-diagnosen i etterkant av lungerehabiliterings-programmet. Dersom pasientene hadde stor tro på egen mestringsevne ved programmets start, forutsa det at de ville oppleve forbedret fysisk aktivitet, livskvalitet og helsestatus. For pasientene som var eldre, ble det forutsett at de ville oppleve færre luftveissymptomer og forbedret helsestatus.

Konklusjon: Pasientene opplevde reduserte psykososiale konsekvenser knyttet til sykdommen etter lungerehabilitering. Bedre arbeidskapasitet og høyere tro på egen mestringsevne ville føre til forbedret helsestatus og livskvalitet.

«A 1 – year follow – up study exploring the associations between perception of illness and health – related quality of life in persons with chronic obstructive pulmonary disease» (Bonsaksen, Haukeland – Parker, Lerdal & Fagermoen, 2013).

Bakgrunn: KOLS er en sykdom som øker verden over. Konsekvenser av sykdommen er nedsatt funksjon og mindre sosial deltakelse, noe som påvirker livskvaliteten til pasientene. Oppfattelse av egen sykdom og troen på egen mestringsevne påvirker pasientens opplevelse av livskvalitet. Angst og depresjon er vanlig blant pasienter med KOLS, noe som henger sammen med den nedsatte funksjonen og mindre sosial deltakelse. Både fysiske, psykiske og sosiale faktorer spiller en viktig rolle for livskvaliteten til pasienter med KOLS.

Hensikt: Over lengre tid skulle pasienter med KOLS bli fulgt for å undersøke hvordan oppfattelse av egen sykdom, fysisk aktivitet, sosial støtte og troen på egen mestringsevne har en sammenheng med livskvalitet. Ett år etter kurset pasientene hadde deltatt på skulle de undersøke hvordan faktorene som påvirket livskvaliteten var vedlikeholdt. Den siste delen av studien gikk ut på å undersøke om fysisk aktivitet, sosial støtte og troen på egen

mestringsevne kan ses i sammenheng med oppfattelse av egen sykdom og livskvalitet.

Metode: Kurset hadde som mål å hjelpe pasientene med å få en sunnere livsstil, slik at livskvaliteten ble forbedret. Pasientene fikk kunnskaper om symptomer, risikofaktorer for KOLS-forverring, røykeslutt, ernæring og behandling. Kurset skulle gi pasientene mestringsstrategier. Data om fysisk aktivitet, sykdomsoppfattelse, livskvalitet, sosial støtte og troen på egen mestringsevne ble samlet inn før kurset startet og ett år etter at kurset var gjennomført. Kriteriene var at pasientene hadde KOLS grad 2 eller 3 i henhold til GOLD - kriteriene. Studien har en kvalitativ utforming.

Resultat: Studien undersøkte faktorer knyttet til livskvalitet gjennom en pasientopplæring med varighet på mellom tre og fem uker. De hadde 12 måneders oppfølging etter kurset. Pasientene som opplevde mindre bekymringer rundt egen sykdom hadde en bedre fysisk og psykisk helse ved kursets start. Sosial støtte hadde en positiv innvirkning på den psykiske helsen ved start. Dersom pasientene hadde tro på egen mestringsevne ville de ha en bedre psykisk helse, men det ble ikke direkte knyttet til den fysiske helsen etter 12 måneder.

Konklusjon: Studien viser at spesifikke sykdomsoppfatninger hadde en evne til å påvirke livskvaliteten hos pasienter med KOLS, noe pasientenes tro på egen mestringsevne ikke hadde. Sammenhengen mellom opplevelse av egen sykdom og livskvalitet ble ikke påvirket av troen på egen mestringsevne, sosial støtte og fysisk aktivitet.

«**Experience of anxiety among patients with severe COPD**» (Strang, Ekberg – Jansson & Henoch, 2013).

Bakgrunn: Angst ses ofte i sammenheng med dyspné hos pasienter med KOLS. Mange av pasientene opplever dødsangst fordi de er redd for å bli kvalt. Angsten fører ofte til ubehag og redusert livskvalitet. Med tanke på symptomene og at KOLS er en sykdom med høy dødelighet, er det rimelig å tro at disse forholdene aktiverer et ønske om å leve, men forholdene utløser også dødsrelatert og eksistensiell angst.

Hensikt: I denne studien var hensikten å undersøke hvordan pasienter med KOLS opplevde angst og hvilke strategier de brukte for å håndtere angsten.

Metode: Denne kvalitative studien ble gjort gjennom intervju med 31 pasienter med KOLS grad 3 eller 4 i henhold til GOLD-kriteriene. Pasientene måtte være over 18 år og ikke ha noen psykiske diagnoser. Spørsmålene som ble stilt fokuserte på hvordan pasientene levde med diagnosen KOLS, om de opplevde angst, hvordan de så på fremtiden sin og hva som ga de glede i livet.

Resultat: De fleste av pasientene hadde opplevd angst i forbindelse med KOLS. Dødsangst og livsangst var temaer som gikk igjen. Dødsangst handlet om redselen for å bli kvalt, dø og bli isolert. Livsangst handlet om redselen for å leve og for hva fremtiden ville bringe. Motveker til angsten var strategier for å takle dyspné og finne glede i livet.

Konklusjon: Av pasientene som ble intervjuet hadde flertallet opplevd angst som påvirket livet deres. Selv om pasientene opplevde døds- og livsangst klarte de å takle situasjonen og oppleve glede i livet.

«Everything was spiraling out of control: Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease» (Willgoss, Yohannes, Goldbart & Fatoye, 2012).

Bakgrunn: To tredjedeler av pasientene med KOLS opplever angst. Det påvirker både livskvaliteten og de fysiske funksjonene til pasientene.

Hensikt: Studien skulle undersøke og beskrive hvordan angst symptomene opplevdes av pasienter med en KOLS-diagnose.

Metode: I denne kvalitative studien ble 14 pasienter med KOLS og en følelse av angst intervjuet. Kriteriene var at de hadde diagnosen KOLS, hadde opplevd angst og at de kunne beskrive erfaringene sine. Spørsmålene som ble stilt handlet om hvordan det var å leve med KOLS, hvilke symptomer de opplevde i forbindelse med angst, hva som utløste angsten og hvordan angsten påvirket dagliglivet.

Resultat: Pasientene opplevde tanker om frykt, håpløshet og forvirring i forbindelse med angsten. Egenmestring er en viktig strategi for å håndtere angsten. Angsten ble forklart av pasientene å være både et symptom og en årsak til dyspné. Mange av pasientene opplevde angsten som en kamp om kontroll over sin egen situasjon, men de følte ofte at kampen ble tapt. Opplevelsen av panikkanfall forekom også blant pasientene og kan bli sett i sammenheng med traumatiske hendelser som å ikke få nok luft.

Konklusjon: Ukontrollert angst oppleves svært plagsomt for pasienter med KOLS. Egenmestring er en effektiv strategi i forbindelse med å forhindre og takle angsten. Funnene tyder på at pasientene kan bli delt opp i to grupper, der den ene gruppen opplever angst i forbindelse med dyspné og den andre opplever dyspné på grunn av angsten.

3. Teoretisk perspektiv

3.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom

Store medisinske leksikon definerer KOLS som sykdommer i lunger og bronkier som fører til en varig forsnevring av bronkiene, som begrenser luftstrømmens hastighet når man puster, særlig ved ekspirasjon (Skjønberg, 2016).

Et av de grunnleggende behovene som menneskene har er å puste inn oksygen og ut karbondioksid. Gasstransporten er avhengig av en god blodgjennomstrømning i lungekapillærene (Skaug & Berntzen, 2012). Ved KOLS er alveoleveggene skadet slik at gassutvekslingsflaten blir mindre og mengden lungekapillærer blir redusert. Blodet strømmer da raskere gjennom kapillærene og gassutvekslingen blir dårligere, dette øker luftmotstanden (Nicolaysen & Holck, 2013).

Andenæs (2007) presiserer at lungesykdommene kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem kommer under begrepet KOLS. Videre definerer Markussen et al. (2001) at ved kronisk obstruktiv bronkitt opplever pasienten hoste og økt ekspektoratproduksjon daglig i til sammen tre måneder i løpet av de to siste årene, og disse kriteriene må foreligge for at diagnosen skal bli stilt. Mjell (2012) beskriver at den økte slimdannelsen og den tiltagende hosten oppstår på grunn av en kronisk inflammatorisk reaksjon, samt økt luftveismotstand i luftveiene. Den kroniske inflammasjonen øker antallet av slimproduserende celler, som fører til mer ekspektoratdannelse og forsnevring av luftveier. Dette øker luftveismotstanden.

Markussen et al. (2001) definerer emfysem er en unormal og permanent lungelidelse som ødelegger lungens elastisitet og evne til god diffusjon. På grunn av mangel på proteinet elastin kan alveolene kollapse eller bli innsnevret, noe som påvirker elastiteten. Lungens dødsvolum vil øke og evnen til tilstrekkelig luftutveksling svekkes, noe som gjør at luftmotstanden øker og respirasjonen blir anstrengt.

Symptomer

Markussen et al. (2001) mener mange har KOLS uten å være klar over det. Én grunn til det er at symptomene som regel kommer snikende og lungefunksjonen gradvis blir redusert. Giæver (2015) mener at KOLS ofte oppdages ved at pasientene får luftveisinfeksjon og symptomene trer da frem. Sjansen for å få luftveisinfeksjoner øker og kan forekomme flere ganger årlig. Markussen et al. (2001) beskriver at etter hvert som KOLS utvikler seg vil det være energikrevende å puste, noe som påvirker pasientens evne til å utføre daglige gjøremål.

Utover i forløpet vil perioder med dyspné forekomme oftere. Dyspné definerer Skaug og Berntzen (2012) som tung pust og pasientene opplever å bli kortpustet, ikke få nok luft eller få følelsen av å bli kvalt. Dyspné er en subjektiv opplevelse og er knyttet til hvordan pasientene takler å være tungpustet. På grunn av redusert diameter på luftveiene blir det økt luftmotstand, noe som utløser pustevanskene. Den reduserte diameteren kan skyldes sammentrekninger i muskulaturen rundt luftveiene, ødem i slimhinnene eller økt produksjon av slim.

Årsaker

I følge Helsedirektoratet (2012) er røyking skyldig i 67 prosent av KOLS-tilfellene. Av de som røyker vil minst 30 prosent utvikle KOLS. Passiv eksponering av røyk over en lengre tidsperiode kan være en faktor for utvikling av KOLS. Videre kan yrker der en utsettes for støv, kjemikalier, gasser og damper som er skadelig for lungene være en utløsende faktor. Lungetuberkulose og astma kan på sikt gi KOLS på grunn av arr i luftveier og lungene (Helsedirektoratet, 2012).

Diagnostisering og prognose

Gulsvik og Bakke (2004) forklarer at KOLS er en ikke reversibel og progredierende sykdom. De fleste med KOLS vil oppleve at sykdommen utvikler seg langsomt og med en forverring

som har et dødelig utfall. Under diagnostiseringen blir det gjort kliniske undersøkelser, som røntgen thorax og spirometri. Pasientens sykehistorie og røykevaner blir undersøkt. For å klassifisere graden av KOLS kan en bruke GOLD-kriteriene (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) (vedlegg 2). Disse kriteriene bestemmer alvorlighetsgraden av sykdommen (Gulsvik & Bakke, 2004).

Behandling

Giæver (2015) presiserer at behandlingen av KOLS blir delt i to, der den ene delen er å redusere symptomer og den andre er å forebygge fremtidig forverring og død. En god behandling forutsetter kontroll av symptomer og medikamenter, samt å forhindre komplikasjoner.

Psykososial støtte er viktig da mellom 40 og 60 prosent av pasienter med KOLS har angst. Konsekvenser av det kan være ensomhet, håpløshet og hjelpeløshet. Pårørende og helsevesenet kan påvirke dette i en positiv retning. Helsevesenet kan tilby et godt tverrfaglig team der pasienten får kunnskap om egen sykdom, behandling, ernæring, fysisk aktivitet og pusteteknikk (Giæver, 2015).

Gulsvik og Bakke (2004) forklarer at røyking er det eneste tiltaket som kan forebygge KOLS og stoppe videre fall i lungefunksjonen. Pasienter som røyker kan ha god hjelp av røykavvenningskurs. Helsedirektoratet (2012) mener at fysisk trening og røykeslutt er de viktigste ikke-medikamentelle tiltakene i behandlingen av pasienter med KOLS.

3.2 Angst

Lange og Moll (2011) presiserer at angst og panikkangst forekommer tre til seks ganger hyppigere hos pasienter med KOLS enn hos den generelle befolkningen. Angsten påvirker livskvaliteten til pasientene og kan utløse symptomer som dyspné. Følelsen av håpløshet kan fremme angstfølelsen. Kvaal (2013) definerer angst som en diffus uro, som kan være vag

eller voldsom og lammende. Usikkerhet, bekymringer, redusert selvsikkerhet og hjelpeløshet er følelser som er knyttet til angst. Dersom det oppstår en trussel mot den enkeltes velvære, selvbilde og identitet kan det resultere i angst. Ved sykdom kan angst være en vanlig psykisk reaksjon. Alle mennesker vil oppleve en liten dose angst og det kan stimulere oppmerksomheten og føre til hensiktsmessige handlinger. Dersom omfanget og intensiteten øker, vil angsten være hemmende på oppmerksomhet og livskvalitet (Kvaal, 2013). Hummelvoll (2014) nevner at personer som har angst ofte kan oppleve svimmelhet, skjelvinger, følelsen av å bli kvalt, hjertebank og trykk i magen. Videre nevner Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2015) symptomer som økt pulsfrekvens, stigende respirasjon, økende blodtrykk og temperaturendringer i kroppen. Dette fører til et kroppslig ubehag og pasienten kan bli preget av en psykisk smerte. Hougaard (2004) skriver at stress kan være en utløsende faktor for angst, eller det kan forsterke en allerede tilstedeværende angst. Stressreaksjoner kan komme i forbindelse med fysiske, psykiske og sosiale belastninger. Dette kan være tap av egen helse, dårligere livskvalitet og livsglede.

I følge Hougaard (2004) er det de tankene pasientene har om en hendelse som påvirker angsten. Det er ikke hendelsen som skaper angsten, men meningen pasienten tillegger hendelsen. Pasienter med angst kan ha vanskeligheter med å se at fortolkningen av situasjonen som skaper angst kan være feilaktig. Tankene kommer automatisk uten at pasienten kan styre de og de blir derfor realistiske.

Clark (referert i Hougaard, 2004) forklarer at mekanismen bak angstlidelsen kan ses som en ond sirkel bestående av ulike prosesser som bidrar til å vedlikeholde angsten (vedlegg 3). Første del av sirkelen beskriver hva som utløser angsten. Selv om personen ikke er klar over hva som utløser angsten, er det som regel en hendelse, bekymringer eller kroppslige fornemmelser. Hendelsen som utløser angsten vil gi en opplevelse av en trussel, en fare som en ikke kan beskytte seg mot. Det kan for eksempel være å bli overveldet av et panikkanfall. Deretter kommer det forventninger om angsten, noe som i seg selv kan skape angst. Angsten kan skape overoppmerksomhet på kroppslige fornemmelser, som bidrar til å øke de kroppslige symptomene. Dersom pasienten retter oppmerksomheten sin på at han ikke får nok luft, blir det vanskeligere å få nok luft. De kroppslige fornemmelsene kan bidra til at angstfølelsen øker. Katastrofetanker omhandler hva angstanfallet betyr. Tankene kan dreie

seg om redsel, følelsen av å miste kontrollen eller følelsen av å ikke klare en oppgave. Alle leddene i sirkelen bidrar til å forsterke hverandre og bidrar til angstens onde sirkel. Under et angstanfall vil alle leddene være rotet sammen, mens i ettertid kan man skille mellom leddene.

Hummelvoll (2014) skriver at det finnes ulike grader av angst. Disse gradene varierer fra mild, moderat og sterk til panikkangst. Mild angst ses i sammenheng med bekymringer i hverdagen. Persepsjonsfeltet som er området for oppfatning og tolkning av sansestimuli blir utvidet, noe som bidrar til at en oppfatter mer og ser ulike sammenhenger mellom informasjonen som blir gitt. Utfallet kan bidra til økt læring og vekst. Ved moderat angst er persepsjonsfeltet forminsket og oppmerksomheten kan fort forsvinne. Ved hjelp av en annen part kan man få tilbake oppmerksomheten slik at personen igjen kan få en grad av kontroll. Angsten kan da ledes tilbake til det lavere nivå. Ved sterk angst er persepsjonsnivået kraftig redusert. Det blir vanskelig for personen å holde fokus i situasjonen og det blir vanskelig for en annen part å hente inn igjen fokuset. Det personen tolker kan lett misforstås og det blir dermed vanskeligere å finne ro. Personen er opptatt av sitt eget ubehag og vil derfor prøve å lette symptomtrykket. Ved panikkangst er oppfattelsen til personen ikke tilstedeværende. Persepsjonsfeltet oppfatter bare en detalj og den blir ugjenkjennelig ved at detaljen blir forstørret. Personen kan få følelse av uvirkelighet, tankeflukt, frykt og forvirring. Personen kan reagere ved å ikke vil snakke, få ordflom, gå hvileløst rundt eller flykte uten å vite hvorfor.

Panikkangst skjer akutt og begrenser seg ikke alltid til spesielle hendelser eller opplevelser. Denne type angst gir uttrykk for følelsen av hjelpeløshet. Denne følelsen kommer ofte når pasienten føler seg fanget eller ikke mestrer en situasjon som oppleves som skremmende eller farlig (Håkonsen, 2011). Symptomene som opptrer under panikkangst kan fort sammenlignes med andre alvorlige sykdommer. Noen eksempler på det er kvelningsfølelse, hjertebank, svimmelhet og en sterk følelse av å miste kontrollen over eget liv. Panikkangst er kortvarig, gjerne fra noen minutter til en halv time (Håkonsen, 2011). Pasienter som har en langtkommen KOLS kan oppleve panikkanfall i forbindelse med dyspné episoder. Denne typen angst kan gjerne opptre når pasienten er alene da følelsen av ensomhet og lite

tilgjengelig hjelp kan oppstå. Dette kan virke traumatiserende (Veljgaard & Rasmussen, 2013).

3.3 Livskvalitet og trygghet

Rustøen (2006) skriver at livskvalitet handler om menneskets opplevelse av å ha det godt eller vondt. Livskvalitet er et subjektiv begrep og fokuset må gå ut ifra den enkeltes opplevelse av sin egen situasjon. For å få en bedre forståelse for begrepet kan en se det ut ifra tre nivåer. Det første nivået er et overordnet eller globalt nivå der fokuset er rettet mot menneskets totale tilfredshet i livet. Det andre nivået henviser til ulike områder i livskvalitet. De ulike områdene kan være sosialt, fysisk, åndelig og psykologisk. Hvor tilfreds eller utilfreds en er innenfor hvert område vil si noe om livskvaliteten. Det tredje nivået er veldig spesifisert ved at det er komponenter innenfor hvert av områdene som er nevnt i nivå to.

Psykologen Næss har definert livskvalitet ved å si at en person har en høy livskvalitet ut fra den grad personen er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse og har en grunnstemning av glede (referert i Rustøen, 2006). Denne definisjonen er relevant for sykepleiere i møte med pasienter som er kronisk syke. Pasientene vil oppleve noe meningsfullt, ha samhørighet og selvfølelse som vesentlige områder i sitt liv. Sykdom kan i mange tilfeller føre til isolasjon og er dermed en trussel mot selvbildet siden levemåten blir endret. Opplevelsen av å ha mening i livet kan bli truet av sykdom. Dersom pasienten klarer å være mottagelig for det som er vakkert i livet, kan det føre til økt livskvalitet, som igjen vil redusere de triste tankene. Livskvaliteten kan ikke bare bli kartlagt ut fra tilstedeværelsen av sykdom, men ut fra hvordan pasienten opplever sitt liv totalt sett (Rustøen, 2006). Fjørtoft (2014) mener at livskvaliteten kan ses i sammenheng med trygghet. Opplever pasienten seg trygg vil også følelsen av god livskvalitet øke. Sykepleieren og pasienten må i samarbeid finne den gode veien mellom hjelp og selvhjelpenhet. Ressursene og mulighetene til pasienten må bli sett, slik at pasienten kan oppleve å bli ivaretatt på en god måte.

Fjørtoft (2014) mener at begrepet trygghet kan bli brukt på to måter. Den ene måten fokuserer på sikkerhet og den andre som en sinnsstemning. De to måtene har en nær

sammenheng og sykepleiere må fokusere på begge. Trygghet er ikke bare et mål i seg selv, men et brobyggende element mellom sykepleier og pasient. Thorsen (2012) skriver at de fleste mennesker har et behov for å bli sett og få oppmerksomhet. I møtet med pasientene er det viktig at sykepleierne ser pasienten, siden dette har en nær sammenheng med behovet for trygghet. Andersson (referert i Thorsen, 2012) deler trygghet inn i tre hoveddimensjoner. Trygghet som en følelse, indre trygghet og ytre trygghet. Dimensjonen indre trygghet er en indre tilstand som kommer av en positiv oppvekst og som forankring i et livssyn, og påvirker hvordan vi opptrer i møte med andre mennesker. Ytre trygghet ses i sammenheng med menneskets relasjon til omverdenen.

Den ytre tryggheten som Andersson nevner, blir delt inn i ulike dimensjoner: Relasjonstrygghet, stole-på-andre-trygghet og kunnskaps- og kontrolltrygghet. Relasjonstrygghet ses i sammenheng med relasjoner som kan oppstå innenfor familien, men omfatter også venner og andre mennesker en møter gjennom livet. Åpenhet, gjensidighet, forståelse, ærlighet og aksept er faktorer som skaper trygge relasjoner. I samvær med mennesker som bryr seg om en, vil tryggheten vokse. Ved å kjenne på sine egne følelser og sin egen sårbarhet i møtet med pasienter, kan sykepleierne bruke relasjonstrygghet. Stole-på-andre-trygghet brukes når mennesket havner i en situasjon som han ikke kan kontrollere selv. En er avhengig av hjelp fra andre for å komme seg gjennom situasjonen. Kunnskaps- og kontrolltrygghet er å ha kunnskaper og vite hvordan en bestemt situasjon er. En må kjenne sin egen og andres roller og vite hva man kan forvente i en situasjon (referert i Thorsen, 2012).

3.4 Håp

Eriksson (1995) forklarer at dersom en pasient opplever en lidelse kan følelsen av håpløshet komme. Håp kan da være med på å hjelpe denne pasienten til å gjennomgå eller oppleve lidelsen. Begrepet håp fokuserer på nåtiden og fremtiden. Videre nevner Eide og Eide (2007) at positive forventninger til hva som er mulig er sentralt innenfor håpet. Selv om en har positive forventninger behøver ikke det å bety at problemet skal løses, men at fremtiden vil bringe noe meningsfylt.

Hummelvoll (2014) nevner at håpet kan brukes som et verktøy for sykepleieren i arbeidet hun skal utføre. Ved å få rede på pasientens håp og ønsker, kan de sammen finne realistiske forslag som kan fungere som en rettesnor for videre arbeid. Videre utdyper Rustøen (2007) at håpet kan hjelpe pasientene til å se at de har en fremtid. Håp og omsorg er sterkt knyttet sammen og sykepleieren kan ved å vise omsorg også fremme håpet. Andre verktøy sykepleierne kan bruke for å fremme håpet er å ta seg tid til å snakke med pasienten, gi informasjon, respekt og vennlighet.

Rustøen (2007) nevner ulike faktorer knyttet til begrepet håpet. Erfaringsmessige faktorer omhandler forholdet mellom helse og håp, det vil si at håpet kan bli truet på grunn av en lidelse. Alle pasienter har individuelle opplevelser av sykdommen sin og sykepleieren må i hvert enkelt tilfelle vektlegge den enkeltes opplevelser. Kartlegging av håpløshet er relevant da dette kan gjøre at pasienten gir opp. Sykepleieren må gi rom for at følelser og spørsmål kan komme frem, slik at håpet kan fremmes. Den andre faktoren Rustøen (2007) beskriver er den relasjonelle faktoren som fokuserer på forholdet til familie, venner og helsepersonell. Håpet kan bli styrket ved at pasienten får støtte fra mennesker rundt en. Sykepleierne kan hjelpe pasienten med å se nettverket som står ham nært, samt se verdien i å ivareta nettverket. Å gi informasjon til de pårørende om at de har en viktig rolle for pasienten kan være en av oppgavene til sykepleierne. En konflikt som kan oppstå er at de nærmeste gir pasienten en følelse av håpløshet, når han egentlig trenger følelsen av håp.

Deretter forklarer Rustøen (2007) de åndelige faktorer som bønn og andre religiøse aktiviteter kan fremme håpet til pasienten. Sammen kan pasient og sykepleier ha samtale rundt åndelige forhold og verdier. Selv om pasienten ikke har et spesielt livssyn kan samtale rundt verdier og åndelighet være et grunnlag som fremmer håp. Sykepleieren kan veilede pasienten til å finne glede i de små tingene i hverdagen. Så forklarer Rustøen (2007) at den kognitive faktoren har mål, ressurser, handlinger og kontroll som fokus. Sykepleieren kan gi pasienten valg som bidrar til at pasienten opplever delaktighet og ikke blir passiv i sitt eget liv. Mål kan bidra til at pasienten ser muligheter og fokuserer på fremtiden. Ressurser som mot og evnen til å være optimistisk fremmer håpet og pasienten kan trenge hjelp av sykepleieren til å identifisere og mobilisere disse. Mange pasienter vil i et sykdomsforløp møte på ulike problemer, dersom sykepleieren legger til rette for at pasienten kan fokusere på de problemene han har kontroll over, kan mestringsevnen øke.

3.5 Mestring

Håkonsen (2011, s.279) definerer mestring som: «Mestring beskriver individets måte å forholde seg på til og løse en situasjon eller hendelse som medfører mistrivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet». Psykologiske påkjenninger som stress, konflikter og kriser er knyttet sammen med følelsene av ubehag og mistrivsel. En kan skille mellom to former for mestring: Problemfokustert mestring og følelsesmessig fokusert mestring. Innholdet i den problemfokusterte mestringen er at personen fokuserer på en bestemt situasjon og prøver å endre eller løse de problemene som er forbundet med denne. Følelsesmessig fokusert mestring vil si at personen fokuserer på de følelsesmessige problemene som en situasjon eller hendelse bærer med seg. Deretter vil personen prøve å redusere eller fjerne det ubehaget disse følelsene bringer med seg uten at situasjoner blir forandret (Håkonsen, 2011).

Brodtkord (2013) forklarer at mestringen fokuserer på hvordan en håndterer en situasjon, ikke hvordan resultatene blir. Den kan omhandle både personens fysiske forutsetninger som innebærer helse og sykdom, samt de innarbeidede ferdighetene som kunnskaper, vaner og egenskaper. Dersom pasienten har innsikt i sin egen sykdom og kjennskap til symptomene, vil han oppleve mer kontroll som igjen fører til mindre engstelse. Mensen (2013) mener mestringen foregår i et samspill mellom personen og dens omgivelser. Som sykepleiere må vi derfor ta hensyn til pasientens omgivelser og støtteapparatet rundt pasienten, samt hindringene i nærmiljøet. Lært hjelpeløshet kommer fra tidligere mislykkede erfaringer som pasienten har erfart ut fra situasjoner som ikke kan kontrolleres eller mestres. Pasienten kan miste troen på seg selv og fortere legge skylden på seg selv og ikke på omgivelsene. Dersom pasientene får forklart hvilke hindringer som finnes i miljøet, kan dette øke troen på seg selv og følelsen av at hindringene kan overvinnes.

Mestring vil være viktig dersom en opplever en krise, det vil si alvorlige og vanskelige hendelser som skjer i livet. I en krisesituasjon vil personen ha behov for støtte, kontakt med andre mennesker og en samtalepartner som han kan dele følelser og tanker med. Krisesituasjonene blir som regel delt inn i to: livskrise og traumatisk krise. Livskriser er påkjenninger som kommer gradvis på grunn av naturlig utvikling. Eksempler på dette er blant annet pubertet, ekteskap og utdanning. Traumatiske kriser er påkjenninger som ikke inngår i et vanlig livsforløp, dette kan være sykdommer eller ulykker (Eide & Eide, 2007).

4. Sykepleierteorier

Vi har valgt å ta for oss sykepleieteoriene til Travelbee og Orem. Travelbee er relevant i denne oppgaven da hun skriver at sykepleieren må hjelpe pasienten med å finne mening i erfaringene pasienten får ved å være syk. Travelbee skriver at håp er essensielt for at mennesket skal kunne utføre vanskelige oppgaver til tross for hindringer. I oppgaven fokuserer vi på hele mennesket, ikke bare sykdommen KOLS. Dette er en tanke som Travelbee også belyser i sin teori (Travelbee, 2014). Orem skriver om egenomsorgsbehov og dersom det oppstår en svikt, setter sykepleierne inn tiltak slik at behovene blir opprettholdt. Orems teori er relevant for vår oppgave siden egenomsorg er viktig for at mennesket skal fungere og en svikt vil kunne føre til livstruende tilstander (Cavanagh, 2005).

4.1 Joyce Travelbee

Travelbee (2014) presenterer sykepleie som en interaksjonsprosess med fokus på utviklingen av relasjoner mellom pasienter og sykepleiere. Hun hevder at det enkelte individ skal stå i sentrum. Individet er unikt, som er likt, men også ulikt alle andre. Mennesket er hele livet i vekst, utvikling og endring. Sykepleie skal ikke fokusere på handlinger som et mål, men som et middel for å hjelpe andre. For å kunne akseptere andre mennesker, må sykepleieren dele sine erfaringer, samt akseptere og erkjenne seg selv som et mennesket i møtet med andre.

Dersom sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten er det nødvendig at hun setter seg inn i hvordan pasienten opplever sin egen sykdom. Sykepleieren må hjelpe pasienten med å finne mening i erfaringene en får ved å være syk. Travelbee (2014) sier at håp bidrar til at mennesker klarer å mestre vonde og vanskelige situasjoner, men også tap, ensomhet og lidelse. Håpet er essensielt for at mennesket skal klare å gjennomføre vanskelige oppgaver til tross for hindringer. Sykepleieren vil kunne hjelpe mennesker med å opprettholde håp ved å være tilgjengelig og villig til å hjelpe. Ved å gjøre dette kan en også forhindre at pasienten opplever håpløshet. Håp henger også sammen med tillit og sykepleieren må derfor vise

gjennom atferd at hun kan og vil hjelpe pasienten. Tillit er noe sykepleieren må jobbe for å oppnå. Sykepleieren kan ikke gi pasienten håp, men hun kan legge til rette for at pasienten skal kunne oppleve håp. Selv om ikke alltid sykepleieren lykkes i å hjelpe, må hun alltid forsøke å gi hjelp og trøst.

En annen grunntanke som Travelbee (2014) har, er at sykepleieren har som oppgave å skape et menneske-til-menneske-forhold. For å skape dette forholdet må pasienten og sykepleieren se på hverandre som unike individer og ikke «pasient» og «sykepleier». De må jobbe for å oppnå dette forholdet og når det er oppnådd vil den ekte kontakten komme. Da vil behovene til pasienten bli ivaretatt, hvilke behov det er snakk om vil variere fra pasient til pasient da alle er unike. Pasienten vil i dette forholdet ikke blir oppfattet som en «sykdom», men som et mennesket.

Kommunikasjon er viktig for å skape et menneske-til-menneske-forhold. Da blir pasienten og sykepleieren kjent med hverandre og sykepleieren kan kartlegge pasientens behov. Gjennom observasjon og kommunikasjon kan sykepleieren lære mye om hvordan pasienten opplever sin sykdom og hvilke tanker han har rundt prosessen å bli frisk eller ivareta sin helse. Gjennom kommunikasjon og menneske-til-menneske-forhold kan sykepleierens mål og hensikt oppnås. Det vil si å hjelpe enkeltindivider og familier med å mestre erfaringene rundt sykdommen samt å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2014).

4.2 Dortha Orem

Orems sykepleieteori blir brukt som et middel for sykepleiere i form av kunnskaper, ferdigheter og holdninger som trengs for å utøve omsorg ovenfor pasienter. Egenomsorgsbehovene er sentralt i Orems modell. Vesentlig for egenomsorg er åtte aktiviteter som er uavhengige av helsetilstand, alder, utviklingsnivå og omgivelser. Disse aktivitetene er det som utgjør de åtte egenomsorgsbehovene (vedlegg 4). Behovene må gjennomføres av hver enkelt slik at vedkommende kan utøve egenomsorg. Av egenomsorgsbehovene vil vi fokusere på behovet for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av luft, da dette er hovedproblemet hos pasienter med KOLS. Behov for å opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile er det andre punktet vi ønsker å fokusere på (Cavanagh, 2005).

De fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspektene ved livet blir omfattet av egenomsorgsbehovene. Alle egenomsorgsbehovene er viktige for at mennesket skal kunne fungere og en svikt i ett av behovene kan føre til livstruende tilstander. Behovene må ses i en sammenheng, ikke hver for seg, da alle behovene henger sammen. Den enkelte må kunne mestre disse behovene for å utøve egenomsorg. Egenomsorg kan sies å være personens evne og vilje til å gjennomføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve. Aktivitetene bygger på at personen iverksetter og utfører de frivillig for at helse, liv og velvære skal opprettholdes (Cavanagh, 2005).

Personer som er rammet av sykdom og som er avhengig av hjelp fra andre, vil bare delvis opprettholde sine egenomsorgsbehov. En person som er frisk vil derimot klare å dekke sine behov selv. En situasjon der summen av kravene som blir stilt til den enkelte overskrider personens evne til å fylle dem, vil føre til at personen trenger hjelp fra andre for å oppfylle dem. Denne hjelpen kan komme fra blant annet sykepleiere. Dette definerer Orem som egenomsorgssvikt (Cavanagh, 2005).

Orem beskriver fem kategorier av hjelpemetoder som sykepleiere kan bruke for å hjelpe en pasient. Disse fem kategoriene går ut på å gjøre noe for en annen, å veilede en annen, å støtte en annen, å tilrettelegge omgivelsene og å undervise. Den første kategorien omhandler at sykepleieren skal hjelpe pasienter som ikke selv klarer å utføre egenomsorgshandlinger. Sykepleierne kan ifølge den andre kategorien veilede pasienter og gi relevant informasjon som kan hjelpe pasienten til å nå sine egenomsorgsbehov. Den tredje omhandler å støtte pasienten både fysisk og psykisk. Den psykiske støtten kan være at pasienten kan snakke med sykepleieren om sine tanker og følelser. Omgivelsene rundt pasienten må bli tilrettelagt etter pasientens behov og dette er den fjerde kategorien. Herunder kan sykepleieren være med å utvikle nye evner og forebygge funksjonsforstyrrelser for pasienten. Den siste kategorien krever at sykepleieren har kunnskaper og ferdigheter som hun kan formidle til pasienten. Sykepleieren må forklare pasienten hvilke egenomsorgsbehov han har og hvilke metoder, tiltak eller behandling som kreves for å ta del i sin egenomsorg eller hvordan han skal kompensere for begrensningene som eventuelt foreligger (Cavanagh, 2005).

5. Hva kan vi som sykepleiere gjøre for å redusere følelsen av angst hos pasienter med KOLS?

Drøftingen er delt inn i to deler. Den første delen handler om livskvalitet og trygghet, mens den andre delen fokuserer på mestring og håp. I løpet av praksisperiodene har vi ofte møtt pasienter med KOLS. Vår erfaring er at det nesten alltid blir fokusert på medikamentell behandling, men mennesket bak sykdommen blir glemt. Angsten sykdommen KOLS drar med seg blir ofte glemt av helsepersonell. For å kunne hjelpe pasientene på best mulig måte må vi som sykepleiere legge til rette for at vi kan snakke om de vanskelige tingene rundt sykdommen. Vi må tørre å spørre hvordan personen bak sykdommen har det og hva vi kan gjøre for å hjelpe pasienten til å oppleve mestring, håp, god livskvalitet, trygghet og dermed redusere følelsen av angst.

5.1 Livskvalitet og trygghet

Den lammende angsten

Som vi var inne på i teoridelen presiserer Lange og Moll (2011) at pasienter med KOLS har tre til seks ganger større sjanse for å få angst enn den generelle befolkningen har. Angsten kan påvirke livskvaliteten til pasientene og kan være en utløsende faktor for dyspné. Rustøen (2006) presiserer at livskvalitet fokuserer på hvordan pasienten opplever sin egen situasjon. Videre forklarer hun at selvbilde og samhørighet er andre faktorer som øker livskvaliteten. Ved KOLS kan selvbildet og samhørigheten bli redusert da sykdom kan føre til isolasjon. Rustøen (2006) mener at isolasjonen fører til en endret levemåte for pasienten og reduserer livskvaliteten. En pasient med KOLS kan isolere seg på grunn av angsten for dyspné. Når pasienten opplever dyspné kan han føle at det er tryggest å være hjemme i kjente omgivelser.

Willgoss et al. (2012) skrev i studien at angst kan føre til isolering og at panikkangst kan få pasientene til å føle skam. Pasientene i studien sa at de følte seg isolerte og hjelpeløse, i alle fall når de opplevde panikkangst. Håkonsen (2011) definerer panikkangst som noe som skjer

akutt og som ikke begrenser seg til spesielle hendelser eller opplevelser. Panikkangsten gir følelsen av hjelpeløshet og dette oppstår når pasienten ikke mestrer en situasjon som oppleves skremmende. Hummelvoll (2014) beskriver ulike grader av angst, blant annet panikkangst. Ved panikkangst er oppfattelsen til pasienten ikke tilstedeværende. Persepsjonsfeltet, området for oppfatning og tolkning av sansestimuli, oppfatter bare en detalj. Denne detaljen blir ugjenkjennelig fordi den blir forstørret. Følelse av uvirkelighet, tankeflukt, frykt og forvirring kan oppstå i forbindelse med panikkangsten. Veljgaard og Rasmussen (2013) mener at pasienter med KOLS kan oppleve panikkangst i forbindelse med dyspnéepisoder. Pasientene i studien til Willgoss et al. (2012) beskrev at de kunne oppleve inkontinens, svette og skjelvinger i forbindelse med panikkanfallene. De unngikk sosiale situasjoner da dette var sjenerende for dem. Vi traff en pasient i hjemmet som fortalte at han hadde opplevd sjenerende hendelser i forbindelse med panikkangst, noe som gjorde at han isolerte seg. Det derfor vanskelig for pasienten å opprettholde den sosiale kontakten med omgangskretsen sin. Dersom pasienten er åpen om sykdommen sin til familie og venner, kan det være lettere å være sosial og dette kan bedre livskvaliteten. Pasienten kan da møte forståelse og selv føle mindre skam.

Pasienter vi har møtt gir uttrykk for usikkerhet og bekymringer når de har blitt diagnostisert med KOLS. Kvaal (2013) skriver at disse følelsene er knyttet til angst. Ved KOLS kan bekymringer dreie seg om hvordan fremtiden blir og hvilke innvirkninger dette har på livskvaliteten. Pasienter har uttrykt at de føler seg hjelpeløse og at identiteten har blitt endret etter å ha fått KOLS. Kvaal (2013) underbygger dette ved å skrive at sykdom kan være en trussel mot velvære, selvbilde og identitet. Denne trusselen kan resultere i angst. Graden av angst vil variere og kan hemme livskvaliteten i større og mindre grad. Skårderud et al. (2015) mener at angsten kan føre til et kroppslig ubehag. Dette ser vi i sammenheng med den hemmende livskvaliteten, da pasienten opplever at livskvaliteten blir kraftig redusert på grunn av det kroppslige ubehaget angsten fører med seg. Følelsen av å bli kvalt er ifølge Hummelvoll (2014) et symptom på angst. Dette symptomet vil oppleves svært ubehagelig, fortrinnsvis for en pasient med KOLS der hovedgrunnen til angsten er det å ikke få nok luft.

Bentsen et al. (2010) belyser at pasienter med KOLS som har optimal medikamentell behandling ofte opplever redusert livskvalitet. Videre nevner Bentsen et al. (2010) At pasienter som opplever dyspné kan ha god effekt av et lungerehabiliterings-program. Et

lungerehabiliterings-program er et kurs der pasientene lærer om trening, får mer kunnskaper om KOLS, samt får kunnskaper om ulike mestringsstrategier. Leger, sykepleiere, psykologer og fysioterapeuter er noen av faggruppene som er ansvarlige for lungerehabiliteringen. Funnene i studien viste at ved å ha tro på egen mestringsevne, vil livskvaliteten og helsestatusen til pasientene øke (Bentsen et al., 2010). Dette viser at selv om pasientene får god hjelp av sykepleiere når det gjelder medikamenter, er ikke det nok. Sykepleierne må også fokusere på det psykiske. Det vil si at sykepleierne må lære pasientene ulike mestringsstrategier for å takle sykdommen. Et lungerehabiliterings-program vil ha god effekt på livskvaliteten til pasienter med KOLS, og mestringsstrategiene som blir brukt kan være nyttige for sykepleierne i møte med pasientene.

Balansen mellom aktivitet og hvile

En pasient beskriver hvor viktig det er for han å ha besøk av venner og familie. Han fortalte at han måtte hvile både før og etter et besøk, for i det hele tatt å ha krefter til å være sosial. Dette er i tråd med Rustøen (2006) som skriver at pasienter som opplever noe meningsfylt i hverdagen vil ha en bedre livskvalitet. Et av Orems egenomsorgsbehov er sentralt her, behovet for å opprettholde balansen mellom aktivitet og hvile (Cavanagh, 2005). Pasienten må selv finne denne balansen, slik at han kan bruke kreftene på det som er meningsfylt for ham. Et samarbeid mellom pasient og sykepleier kan være gunstig for å finne den beste balansen mellom aktivitet og hvile. Sykepleieren kan gjøre ulike tiltak for pasienten, slik at han kan spare kreftene sine til noe meningsfylt. Et tiltak kan være å smøre frokost for pasienten eller finne en stol, slik at pasienten kan sitte når han smører frokost. Det er viktig at sykepleieren ser de funksjonene pasienten har og ikke tar fra ham mulighetene til å utføre oppgaver han selv klarer. Sykepleiere vil gjerne hjelpe pasientene, men dersom det blir gjort for mye, vil funksjonene gradvis bli svekket. Å tilrettelegge for pasienten blir omtalt som en hjelpemetode av Orem. Videre utdyper hun at omgivelsene rundt pasienten må bli tilrettelagt etter pasientens behov. Sykepleieren kan være med på å utvikle nye evner, samt forebygge funksjonsforstyrrelser for pasienten (Cavanagh, 2005).

Sykepleiere kan være med på å øke livskvaliteten til pasienter med KOLS ved bruk av ulike ikke-medikamentelle behandlinger. Helsedirektoratet (2012) har fysisk trening og røykeslutt

som de viktigste ikke-medikamentelle tiltakene. Giæver (2015) forklarer at trening ikke vil bedre lungefunksjonen, men vil øke arbeidskapasiteten fordi pasientene får mer energi. Studien til Bonaksen et al. (2013) viser at fysisk aktivitet sammen med andre tiltak kan øke livskvaliteten til pasienter med KOLS. Det kan være utfordrende for pasienter med KOLS å trene da de har en besværet respirasjon, men samtidig er trening gunstig da pasientene får mer energi. For pasienter med angst for dyspné kan det være skremmende å trene, da mange av de unngår aktiviteter som gjør de tungpustet. Vi mener det er viktig at sykepleierne støtter pasientene og forklarer at mer energi i hverdagen kan føre til en bedre livskvalitet, fordi de da har mer overskudd til å gjøre andre aktiviteter. Bentsen et al. (2010) gjennomførte en studie der pasientene fikk undervisning og veiledning alene og i grupper. Fysisk trening var ett av temaene de fikk undervisning om. Resultatet av studien var at pasientene opplevde at den fysiske aktiviteten og livskvaliteten var forbedret etter undervisningen de fikk. Studien til Bentsen et al. (2010) fokuserer på undervisning og veiledning, dette kan ses i sammenheng med Orems hjelpemetoder som også fokuserer på veiledning og undervisning (Cavanagh, 2005). Veiledning og informasjon gitt av sykepleiere til pasientene kan hjelpe pasientene med å nå sine egenomsorgsbehov. Dette krever at sykepleieren har kunnskaper og ferdigheter som hun kan formidle til pasienten (Cavanagh, 2005).

Trygghet i hverdagen

Fjørtoft (2014) skriver at dersom pasienten føler seg trygg vil livskvaliteten øke og at trygghet er et brobyggende element mellom sykepleier og pasient. Alle mennesker har et behov for å bli sett og få oppmerksomhet. Thorsen (2012) mener at sykepleierne må se pasienten, da dette har en nær sammenheng med trygghet. Sykepleierne må se hele mennesket og ikke bare diagnosen. Travelbee (2014) skriver at sykepleieren må sette seg inn i hvordan pasienten opplever sin egen sykdom dersom hun skal hjelpe ham. Videre hevder Travelbee (2014) at det enkelte individ må stå i sentrum og individet må bli sett på noe unikt. Uten trygghet er det vanskelig å få til et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient. Dersom samarbeidet ikke fungerer, vil det bli vanskelig for sykepleieren å kunne hjelpe pasienten. Sykepleieren vil ikke få vite hvordan pasienten opplever sin sykdom og det blir utfordrende å kartlegge behovene til pasienten.

Andersson (referert i Thorsen, 2012) skriver om relasjonstrygghet. Det vil si relasjoner som oppstår mellom mennesker. Videre nevnes åpenhet, gjensidighet, forståelse, ærlighet og aksept som faktorer for en trygg relasjon. Alle disse faktorene må sykepleierne ha med seg i møtet med pasienter. Da vil pasienten og sykepleieren utviklet et trygt forhold som bidrar til at tryggheten til pasienten vokser. Det er en trygghet å vite at pasienten kan fortelle sykepleieren om sine følelser rundt KOLS sykdommen.

Andersson (referert i Thorsen, 2012) skriver om stole-på-andre-trygghet som brukes når et menneske havner i en situasjon han ikke kan kontrollere. Sykdom er en situasjon det er vanskelig å kontrollere alene. Dyspné kan være veldig vanskelig å takle for pasienten og dette kan føre til angst. Her kan sykepleieren hjelpe til med å kontrollere situasjonen. Videre skriver Andersson (referert i Thorsen, 2012) om kunnskaps- og kontrolltrygghet som innebærer å ha kunnskaper og vite hvordan en bestemt situasjon er. Ved at pasienten får kunnskaper om KOLS blir det lettere for han å vite hvordan han skal takle sykdommen. Kunnskap om dyspné kan bidra til at pasienten får mer kontroll over dyspné episodene og dette kan være en trygghet. Sykepleieren skal i dette tilfelle dele sine kunnskaper med pasienten, slik at han kan oppleve trygghet.

Å få puste

Willgoss et al. (2012) fant gjennom studien at pasientene opplevde tanker om frykt og håpløshet i forbindelse med angsten. Vi har i praksisperiodene opplevd at pasientene opplever angst fordi de ikke får nok luft, dette skaper redsel og utrygghet for pasienten. Pasientene i studien forklarte at utryggheten rundt problemet med å ikke få nok luft førte til at de unngikk aktiviteter. Dette førte til at de ikke kunne leve det livet de ønsket (Willgoss et al., 2012). Hougaard (2004) skriver at stress kan være en utløsende eller forsterket faktor for angst. Redusert livskvalitet kan være en stressreaksjon som kan ses i sammenheng med KOLS. Vår erfaring med pasienter med KOLS er at de gjerne vil være sosiale, men føler de ikke kan på grunn av angsten. Dette fører til en redusert livskvalitet og pasientene kan oppleve å bli stresset på grunn av det.

Willgoss et al. (2012) skriver at leppepust ble brukt av noen av pasientene, dette gjorde at de fikk kontroll over situasjonen og angsten ble gradvis redusert. Helsedirektoratet (2012) skriver at leppepust reduserer respirasjonsfrekvensen og tung pust, samt øker tidevolumet og oksygenmetningen, til sammen fører dette til en bedre gassutveksling. Av egen erfaring har vi opplevd at pasienter har god effekt av leppepust og dette tiltaket gjør at pasienten vinner tilbake kontrollen over dyspné, noe som reduserer angsten og øker følelsen av kontroll. Erfaringene våre er også at kroppsspråket til sykepleierne har mye å si for pasienten. Dersom sykepleieren opptrer rolig blir pasienten mer avslappet, vi har derfor en god mulighet til å videreformidle trygghet. Et annet tiltak sykepleierne kan lære pasientene er thoraxleie. Skaug og Berntzen (2012) forklarer at thoraxleie er at pasienten sitter med puter under armen slik at respirasjonen blir fremmet. Det blir også lettere for pasienten å fjerne ekspektorat ved å få opplæring i ulike hosteteknikker.

5.2 Mestring og håp

Å legge til rette for pasienten

I praksis har vi møtt pasienter som føler de ikke har noe mer håp etter at de har fått en kronisk sykdom som KOLS. De føler håpet forsvinner og det er vanskelig å finne det igjen. Eriksson (1995) sier at håpet kan hjelpe pasientene til å gjennomgå eller oppleve en lidelse. Vi kan ifølge Travelbee (2014) ikke gi pasientene håp, men vi kan legge til rette for at de skal kunne oppleve håp. Vi kan ikke hjelpe pasientene uten at det foreligger et tillitsforhold mellom oss og pasientene. Eide og Eide (2007) sier at positive forventninger er sentralt innenfor begrepet håp. For en pasient med KOLS kan det være å ha et håp om en god livskvalitet selv om en alltid må leve med sykdommen. Vi som sykepleiere kan ikke kurere sykdommen, men vi kan legge til rette for at pasientene får god livskvalitet og opplever mestring. Ved å snakke med pasienten blir vi kjent med selve personen og kan gjennom samtale få rede på hva pasienten føler og hvordan han opplever sykdommen.

Rustøen (2007) nevner ulike faktorer knyttet til håp. Erfaringsmessige faktorer handler om forholdet mellom helse og håp, det vil si at håpet blir truet av en lidelse. Dette underbygger

også Eriksson (1995) ved å si at håpløshet kan oppstå dersom en person opplever en lidelse. Rustøen (2007) skriver videre at alle opplever sykdom forskjellig og sykepleierne må derfor vektlegge den enkeltes opplevelser. Håpløshet må bli snakket om slik at pasientene ikke gir opp. Håpløshet kan komme fordi pasienten ikke har nok kunnskap om sykdommen. Ved at sykepleieren deler kunnskapen hun har om KOLS med pasienten, kan han bli tryggere på sykdommen noe som kan bidra til at håpet blir bedre. Sykepleieren kan veilede pasienten i røykeslutt da dette ifølge Gulsvik og Bakke (2004) er den eneste måten å stoppe videre fall i lungefunksjonen. I hjemmesykepleien erfarte vi at pasienter med KOLS hadde lite kunnskaper om røykeslutt. De ønsket at sykepleierne kunne ta seg tid til å veilede de i hvordan de skulle klare å slutte. En pasient sa at han ikke visste hvordan han skulle gå frem for å slutte, men han ville gjerne klare det. Helsedirektoratet (2012) skriver at 67 prosent av KOLS-tilfellene skyldes røyking. Det er derfor viktig at sykepleierne underviser, veileder og støtter pasienter i røykeslutt. De yrkesetiske retningslinjene sier at vi som sykepleiere skal støtte opp under pasientens håp, mestring og livsmot (Norsk sykepleierforbund [nsf], 2011). Livet kan forandre seg når man blir diagnostisert med en sykdom, noe som kan føre til at følelsen av håp blir mindre. Dersom sykepleieren støtter opp under pasientens håp, kan det bidra til at håpet øker til tross for at pasienten må leve med KOLS resten av livet. Sykepleieren må legge til rette for at pasienten kan dele tanker og følelser rundt sykdommen, slik at de kan sammen kan jobbe mot en økt følelse av håp.

Det sosiale nettverket

Gleder som familie og venner kan være med på å forsterke håpet. Ved å vite at en har mennesker som er villige til å gi støtte, blir håpet styrket. I et liv med kronisk sykdom kan det være vanskelig å se hvilket nettverk man har rundt seg. Rustøen (2007) sier at vi som sykepleiere kan hjelpe pasienten med å se dette nettverket og samtidig vise hvilken verdi støtten de gir har for pasienten. Dette kaller hun relasjonelle faktorer. Samtidig har vi erfart at nettverket kan bli mindre for pasienter med KOLS fordi de kan bli mer isolert på grunn av redselen for blant annet dyspné. Strang et al. (2013) har intervjuet pasienter med KOLS og noen av erfaringene som kommer frem er at de føler seg fanget i sin egen kropp. Pasientene følte seg ensomme fordi ingen rundt dem forsto hvor slitsomt det var å leve med denne

diagnosen. Vi har møtt pasienter som synes det er vanskelig å ha diagnosen KOLS, fordi familien og vennene ikke forsto hvor tungt det var å leve med sykdommen. Det viser at sykepleierne i tillegg til pasientene også må informere pårørende om hva KOLS egentlig er. Dersom pårørende får informasjon om sykdommen, blir det lettere å sette seg inn i følelsene og tankene til pasienten.

Rustøen (2007) mener at åndelige faktorer som bønn og religiøse aktiviteter kan fremme håpet til pasientene. Pasient og sykepleier kan ha samtaler om åndelige forhold og verdier. Selv om pasienten ikke har et religiøst livssyn kan det være godt for ham å snakke om verdier, da disse kan bidra til å fremme håpet. Vi som sykepleiere kan oppmuntre pasientene til å fokusere på små ting som kan gi glede og håp i livet. For noen kan det være godt å snakke om verdier med andre, eller de kan ha nytte av å skrive det ned. Videre nevner Rustøen (2007) at mål, ressurser, handling og kontroll er viktig innenfor kognitive faktorer. Ved at sykepleieren og pasienten finner mål pasienten kan forholde seg til kan dette bidra til håp og et positivt syn på fremtiden. Sykepleieren kan hjelpe pasienten til å identifisere og mobilisere ressurser som mot og et optimistisk syn, siden dette kan fremme håpet. Sammen må sykepleier og pasient samarbeide om valg vedrørende pasientens liv, slik at han blir delaktig i eget liv og får følelsen av kontroll.

Den gode relasjonen i omsorgen

Hummelvoll (2014) presiserer at håp er et verktøy sykepleieren kan bruke i arbeidet hun skal utføre. Dersom sykepleieren får rede på pasientens håp og ønsker, kan de sammen finne tiltak som de kan jobbe ut ifra. Gjennom samtaler med pasienten kan sykepleieren få rede på hva som er håpet til pasienten. Uten å vite hva håpet til pasienten er, blir det vanskelig for sykepleieren å lage realistiske tiltak. Dersom en pasient med KOLS har et håp om å kunne gå seg en liten tur hver dag, må sykepleieren jobbe mot dette målet sammen med pasienten. Håpet og tiltakene må være realistiske, da for store mål kan føre til at pasienten mister troen på seg selv, samt mister håpet. Rustøen (2007) beskriver håp som noe som kan hjelpe pasientene til å se at de har en fremtid. Videre nevner Rustøen (2007) at omsorg henger sammen med håp. Dersom sykepleieren viser omsorg, kan hun fremme håpet.

I løpet av praksisperiodene har vi møtt mange pasienter med KOLS. En pasient vi husker godt var ei dame som uttrykte at hun opplevde mestring når hun klarte å holde roen under dyspné perioder, da opplevde hun at følelsen av angst ikke ble like stor. Ifølge Håkonsen (2011) er dette følelsesmessig fokusert mestring, siden hun fokuserte på følelsene rundt situasjonen uten at selve situasjonen ble endret. Alle mennesker er ulike og har ulike syn på hva mestring er for dem. Det er derfor sykepleierens oppgave å kartlegge hvilke behov hver pasient vi møter har. Håkonsen (2011) skriver også om problemfokusert mestring. Denne mestringen går ut på at pasienten fokuserer på en bestemt situasjon og prøver å løse problemene rundt denne. For en pasient med KOLS kan problemet være pustebesvær. For å mestre situasjonen må pasienten løse problemet som utløser pustebesværet. En pasient med KOLS kan oppleve pustebesvær i forbindelse med husvask. Sykepleieren kan hjelpe pasienten med dette problemet ved å søke om hjemmehjelp, slik at pasienten får hjelp til husvask.

Mellommenneskelige forhold

Travelbee (2014) tar for seg viktigheten av å skape et menneske-til-menneske forhold mellom pasient og sykepleier. Forholdet blir skapt dersom de involverte ser på hverandre som unike individer, ikke som «pasient» og «sykepleier». Dette skjer gjennom kommunikasjon fordi de blir kjent med hverandre og sykepleieren kan kartlegge pasientens behov. Kommunikasjon og observasjon kan gjøre at vi lærer hvordan pasienten opplever sykdommen sin og hvilke tanker han har. Målet vårt vil være å hjelpe pasienten til å mestre erfaringene han har rundt sykdommen, samt å finne meningen i disse erfaringene. Det vil si at vi hjelper pasienten til å mestre KOLS-sykdommen, men også finne håpet i å leve med en kronisk sykdom. Vi forstår det slik at det er viktig å se hele mennesket, ikke bare diagnosen KOLS. Vi kan møte ti pasienter med KOLS, men de vil alle oppleve mestring og håp forskjellig.

Hardy et al. (2014) sier at vi som sykepleiere må være opptatt av alle behovene som pasientene har. Det vil si at vi også må kartlegge angst hos pasienter med KOLS. Ved at sykepleierne får mer kunnskaper om psykiske plager som er forbundet med KOLS, vil det bli lettere for oss å veilede og informere pasientene om de. Samtidig blir vi mer bevisste på

hvordan angst og depresjon kan påvirke sykdommen. Giæver (2015) underbygger dette ved å skrive at mellom 40 og 60 prosent av pasienter med KOLS har angst. Orem skriver at den ene hjelpemetoden som sykepleierne kan bruke for å hjelpe pasienten, omhandler å gi støtte. Sykepleieren må støtte pasienten både fysisk og psykisk. Den psykiske støtte kan bli gitt ved at sykepleieren gir pasienten rom til å dele sine tanker og følelser (Cavanagh, 2005). Eide og Eide (2007) skriver at støtte, kontakt med andre mennesker og mulighet til å dele tanker og følelser med et menneske er viktig når en pasient opplever en krisesituasjon. En krisesituasjon kan være å få diagnosen KOLS, da dette er en alvorlig og vanskelig hendelse. Dersom en opplever en krise, vil mestring være viktig (Eide & Eide, 2007). Vår erfaring er at pasienter opplever å få støtte av sykepleierne når de deler tanker og følelser de har rundt sin egen sykdom. Når de får støtte, får de en større følelse av håp fordi de vet at de har mennesker rundt seg. På den andre siden har vi opplevd at det kan være vanskelig for sykepleierne å få vite noe om tankene og følelsene som pasientene har. Dette kan være fordi tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient ikke er godt nok ennå, noe som gjør at det er vanskelig for pasienten å dele tankene sine.

Vi som sykepleiere har en viktig rolle når det gjelder å veilede pasientene. Når en pasient med KOLS får informasjon og veiledning om sin egen sykdom og symptomer, vil følelsen av kontroll øke, noe som utløser en mestringsfølelse. Kontrollen gir igjen mindre engstelse. Dette er noe som Brodtkord (2013) mener er relevant for mestring. Brodtkord (2013) mener også at resultatet ikke har så mye å si. Det viktigste er hvordan pasienten håndterer selve situasjonen. Mestring skjer i et samspill mellom pasienten og dens omgivelser. Dersom pasienten har opplevd hendelser som er mislykkede, kan dette føre til en opplevelse av hjelpeløshet, selv om det har vært situasjoner han ikke kan kontrollere. Vi må derfor kartlegge hindringene som er i miljøet til pasienten. Dette vil ifølge Mensen (2013) få pasienten til å få økt tro på seg selv, samt motivasjon til å overvinne hindringene. Vi har selv erfaringer fra praksis der det er blitt satt inn tilrettelagte tiltak som bidrar til økt mestring og kontroll til pasientene.

Egenomsorgsbehovene er sentralt i Orem's sykepleieteori. Det er åtte behov som er viktige for at mennesket skal kunne fungere, en svikt i ett behov kan føre til livstruende tilstander (Cavanagh, 2005). Orem har også hjelpemetoder og den ene omhandler å gjøre noe for en annen. Det vil si at sykepleieren skal hjelpe pasienter som ikke selv klarer å utføre

egenomsorgshandlinger (Cavanagh, 2005). En pasient med KOLS kan ha problemer med å oppfylle alle behovene og det er sykepleieren som da må hjelpe til med å opprettholde behovene. Dette blir definert av Orem som egenomsorgssvikt (Cavanagh, 2005). Pasienter som lever med KOLS kan trenge hjelp til å tilfredsstille behovet for luft. Vi kan da tilrettelegge for at pasienten skal klare å gjøre små ting i hverdagen uten å oppleve dyspné. Ved å tilrettelegge miljøet rundt pasienten ved å sette en stol i gangen ved badet, kan pasienten klare å gå på badet uten å oppleve dyspné fordi han da kan sette seg ned og hvile. Ved at pasienten klarer å gå til badet kan dette øke mestringsfølelsen hans.

Den onde sirkelen

For en pasient med KOLS og angst vil den viktigste delen av mestring være å mestre angstens onde sirkel. Clark (referert i Hougaard, 2004) forklarer at angsten kan bli sett som en ond sirkel med ulike prosesser som bidrar til å vedlikeholde angsten. Første delen av sirkelen består av en hendelse som utløser angsten, dette kan være et dyspnéanfall. Dyspnéanfallet vil gi pasienten en følelse av en fare han ikke kan beskytte seg mot. Videre får pasienter forventninger om angsten. Angsten kan skape overoppmerksomhet, det vil si at pasienten retter oppmerksomheten mot at han ikke får nok luft, noe som gjør at det blir vanskeligere å få nok luft. Neste steg i sirkelen er katastrofetanker, disse tankene handler om redsel eller følelse av å miste kontrollen. En pasient med KOLS vil oppleve angst fordi han ikke føler han får nok luft. Alle leddene forsterker hverandre og danner angstens onde sirkel (referert i Hougaard, 2004). I møte med pasienter med angst og KOLS er vår jobb å hjelpe de til å bryte sirkelen. Vår jobb vil bli å få pasientene til å forstå angstens onde sirkel. Hougaard (2004) forklarer at vi kan stille spørsmål om hva som skjedde før angstanfallet, hvilke forventninger pasienten hadde til angsten, hvilke kroppslige symptomer som oppsto, hvilke tanker symptomene ga og om de forstår hvordan leddene i sirkelen forsterker hverandre. Ved å stille disse spørsmålene til pasientene, får vi de til å reflektere over hendelsen. Dersom de forstår hva som skjer under angstanfallet, blir det lettere å tolke sirkelen. En forståelse for sirkelen vil gjøre det lettere å bryte ut av den og dermed vil de oppleve å mestre angsten.

Markussen (2009) har også tatt for seg angstens onde sirkel. Markussen (2009) sier at pustebesvær kan være et symptom på angst, eller et anfall av pusteproblemer kan føre til angst. Dette underbygger Willgoss et al. (2012) i studien, ved å si funnene tyder på at angst er et resultat av dyspné eller at dyspné er en konsekvens av angst. Markussen (2009) mener sirkelen er vanskelig å bryte og at det er vanskelig for pasientene å skille mellom de to faresignalene. Pasientene vil unngå aktiviteter som utløser dyspné, da dette gjør at de opplever mer kontroll (Markussen, 2009). Det er derfor viktig at helsepersonell kartlegger pasientenes opplevelse av angst, siden medikamenter ikke vil ha noe innvirkning på dyspné dersom den skyldes angst. Markussen (2009) mener at ved å få mer kunnskap om angstens onde sirkel kan pasientene få bedre livskvalitet. Videre mener hun at det er viktig at også pasientene får kunnskap om sirkelen, slik at de forstår hvorfor medikamentene ikke fungerte, men samtidig blir bevisste på at angst faktisk kan utløse dyspné (Markussen, 2009). Dette viser at sykepleierne må informere pasientene om risikoen for angst. Kunnskaper om egen sykdom vil kunne øke følelsen av kontroll som igjen vil gi en følelse av mestring. Markussen (2009) påpeker at angsten ikke skal bli stigmatisert, men den skal bli tatt på alvor og pasientene få kunnskaper om mestringsstrategier.

6. Konklusjon

«Hva kan vi som sykepleiere gjøre for å redusere følelsen av angst hos pasienter med KOLS?»

KOLS er en sykdom som det ikke er noen klar fasit på når det kommer til hvordan man skal behandle pasientene. Sykdommen oppleves forskjellig og veldig individuelt. I denne oppgaven har vi funnet studier som sammenfaller godt med egne opplevelser i praksis. Studiene har bygget opp viktigheten av å oppleve livskvalitet og trygghet, samt mestring og håp hos pasienter med KOLS. Det kan oppleves som svært skremmende å ikke få puste, vår jobb som sykepleiere er å være til stede. Vi må vise stor kunnskap om sykdommen, samtidig som vi må vise kunnskap og forståelse for hver enkelt pasient og deres pårørende. Slik kan vi være der for pasienten å gjøre han trygg på at nettopp vi er der for å støtte og hjelpe.

Med denne oppgaven ønsker vi å belyse hva sykepleieren kan gjøre for pasienter med KOLS og angst. Vi ønsket å fokusere på den psykiske delen rundt sykdommen, og ekskluderte derfor den medikamentelle. Erfaringene våre fra praksis viser at pasienter trenger støtte, veiledning og samtaler om sykdommen. Det kommer frem gjennom flere studier at angst er et problem hos pasienter med KOLS, og at de opplever en dårlig livskvalitet til tross for god medikamentell behandling. Pasienten uttrykker at de ønsker et større fokus på hvordan de skal overvinne angsten som er en konsekvens av dyspné. Fokuset vårt har derfor vært livskvalitet, trygghet, mestring og håp. Dette mener vi er faktorer som kan bidra til at følelsen av angst blir redusert.

Studier viser til at lungerehabilitering kan ha god effekt for å øke livskvaliteten og redusere angsten. Mestringsstrategier er relevant for sykepleiere i møte med pasienter. Gjennom å øke opplevelse av mestring for pasienten, vil angsten kunne reduseres. Pasienten vil da kunne bryte angstens onde sirkel, dette mener vi er viktig for pasientene. Angstens onde sirkel bidrar til mer angst og dyspné. Dersom pasientene ikke bryter sirkelen, vil livskvaliteten bli redusert og følelsen av utrygghet vil oppstå. Ved at sykepleieren tar seg tid til pasienten, viser omsorg og støtte, gir dette pasienten økt trygghet. En følelse av trygghet vil redusere angstanfallene. Trygghet kan bli brukt av sykepleiere i arbeidet med pasienter med KOLS.

Et godt samarbeid mellom pasient og sykepleier bygger på trygghet. Dette gjør at pasienten lettere kan dele sine tanker og følelser.

Håp kan hjelpe pasienter med å gjennomgå en lidelse. Sykepleiere kan ikke gi pasientene håp, men vi kan tilrettelegge slik at pasientene opplever håp. Ved å få rede på pasientens håp og ønsker, kan vi sammen med pasienten finne tiltak å jobbe ut ifra. Dersom vi deler kunnskapen vi har om KOLS med pasienten, kan vi bidra til at håpet blir bedre. Pårørende kan være en viktig støtte for pasientene, men vi har opplevd at pårørende ikke har nok kunnskap om sykdommen. Vi mener derfor at det er viktig å informere pårørende om sykdommen, så vel som pasientene.

Røykeslutt og fysisk trening er viktige tiltak i behandlingen av pasienter med KOLS ifølge helsedirektoratet (2012). Sykepleierne må derfor informere, veilede og støtte pasientene i røykeslutt. Videre kan fysisk trening øke mestringsfølelsen og livskvaliteten, ved at pasientene får mer energi i hverdagen. Dette sammenfaller med de yrkesetiske retningslinjene som skriver at sykepleiere skal støtte opp under pasientens håp, mestring og livsmot (Norsk sykepleierforbund, [nsf], 2011).

Kunnskapen vi sitter igjen med etter denne oppgaven vil være nyttig videre i vårt yrkesliv. Siden vi kan møte pasienter med KOLS både i hjemmet og i institusjon, er det viktig at vi har kunnskap og forståelse for hvilke konsekvenser sykdommen kan ha for pasienten. I tillegg har vi fått et bedre innblikk i hvordan noen av pasientene opplever å leve med kronisk sykdom.

7 Litteraturliste

*Andenæs, R. (2007). Å leve med lungelidelser. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring* (2. utg., s. 208 – 221). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

*Bentsen, S. B., Wentzel-Larsen, T., Henriksen, A. H., Rokne, B. & Wahl, A. K. (2010). Self-efficacy as a predictor of improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation – An exploratory study. *Patient Education and Counseling* 81 (1) 5-13. Lokalisert på <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399109005977>

* Bonaksen, T., Haukeland-Parker, S., Lerdal, A. & Fagermoen, M.S. (2013). A 1-year follow-up study exploring the associations between perception of illness and health-related quality of life in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 9 (19) 41-50. Lokalisert på <https://www.dovepress.com/a-1-year-follow-up-study-exploring-the-associations-between-perception-peer-reviewed-fulltext-article-COPD>

Brodtkorb, K. (2013). Respirasjon og sirkulasjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 319 – 332). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Cavanagh, S. J. (2005). *Orems sykepleiemodell i praksis* (s. 15 – 54). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske* (S. 13 – 83). [s.l]: TANO Forlag

Fjørtoft, A.-K. (2014). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

-
- *Giæver, P. (2015). *Lungesykdommer*. (3. utg., s. 80 – 103). Oslo: Universitetsforlaget.
- *Gulsvik, A. & Bakke, P.S. (2004). *Lungesykdommer: En basal innføring*. (s. 131 – 144). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- *Hardy, S., Smart, D., Scanlan, M. & Rogers, S. (2014). Integrating psychological screening into reviews of patients with COPD. *British Journal of Nursing* 23 (15) 832-836. Lokalisert på <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=190ba93f-8a53-4c9d-816a-a624ffdc5aaf%40sessionmgr4002&vid=6&hid=4209>
- *Helsedirektoratet. (2012). *Kols: Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. (s. 22 – 128). (Rundskriv IS-2029). Oslo: Direktoratet.
- Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. §21. (2016).
- *Hougaard, E. (2004). *Angst: Mestring av angst og panikk*. (s. 15- 62). Vollen: Tell Forlag.
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Håkonsen, K. M. (2011). *Innføring i psykologi* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Kunnskapssenteret. (2016). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Kvaal, K. (2013). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 383 – 394). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Lange, P. & Moll, L. (2011). Komorbiditet ved KOL. I L. Moll, P. Lange & B. H. Dahl (Red.), *KOL: Sygdom, behandling og organisation*. (s. 157 – 164). København: Munksgaard Danmark.
- *Markussen, H. Ø., Wang, I.-J. Ø. & Norstein, G. M. (2001). Sykepleie til pasienter med lungesykdommer. I E. Gjengedal & R. Jakobsen (Red.), *Sykepleie: praksis og utvikling* (s. 522 – 549). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

*Markussen, K. (2009). KOLS gir angst. *Sykepleien*, 97 (9), 70-71. Lokalisert på <https://sykepleien.no/forskning/2009/05/kols-gir-angst>

Mensen, L. (2013). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 51 – 56). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mjell, J. (2012). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach – Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 209 – 242). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Nicolaysen, G. & Holck, P. (2013). Respirasjon. I G. Nicolaysen & P. Holck (Red.), *Kroppens funksjon og oppbygning* (s. 169 – 188). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer*. Lokalisert på: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2014). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

Pasient – og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 1-3. Ledd A. (2001).

*Rustøen, T. (2007). Håp hos kronisk syke mennesker. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom: En varig kursendring* (2. utg., s. 93 – 102). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

*Rustøen, T. (2006). *Håp og livskvalitet: En utfordring for sykepleieren?* (s. 14 – 114). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Skaug, E.-A. & Berntzen, H. (2012). Respirasjon. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 2* (2. utg., s.61-87). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Skjønberg, O. H. (2016). KOLS. I *Store medisinske leksikon*. Lokalisert 25. april 2016, på <https://sml.snø.no/KOLS>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2015). *Psykiatriboken: Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Strang, S., Ekberg-Jansson, A. & Henoch, I. (2013). Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study. *Palliative and Supportive Care* 12 (6) 465-472. Lokalisert på <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=9480158&fileId=S1478951513000369>

Thorsen, R. (2012). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie*: Bind 3 (2. utg., s. 105 – 126). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (s. 30-261). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Vejlgaard, T. & Rasmussen, T. R. (2013). Palliativ indsats ved kronisk obstruktiv lungesygdom. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2.utg., s. 605 – 617). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Willgoss, T. G., Yohannes, A. M., Goldbart, J. & Fatoye, F. (2012). «Everything was spiraling out of control»: Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung: The journal of acute and critical care* 41(6) 562-571. Lokalisert på <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956312003081>

Vedlegg 1: PICO-SKJEMA

Artikkel	Forfatter	Utgiver	År	Database	Søkeord	Treff	Ant. leste	Ant. utvalgt	Dato
«Everything was spiraling out of control»: Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease	<ul style="list-style-type: none"> • Willgoss, T. G. • Yohannes, A. M. • Goldbart, J. • - Fatoye, F. 	Heart & Lung: the Journal of Acute and Critical Care	2012	Science Direct	Anxiety COPD Journals Nursing and health professions Nurse COPD patient Health care	31	5	1	14/4-16
Experience of anxiety among patients with severe COPD	<ul style="list-style-type: none"> • Strang, S. • Ekberg-Jansson, A. • Henoch, I. 	Palliative & Supportive Care	2013	Scopus	COPD Anxiety Coping	3	3	2	13/5-16
Integrating psychological	<ul style="list-style-type: none"> • Hardy, S. • Smart, D. • Scanlan, M. 	British Journal	2014	Cinahl	COPD Anxiety	4	4	1	12/4-

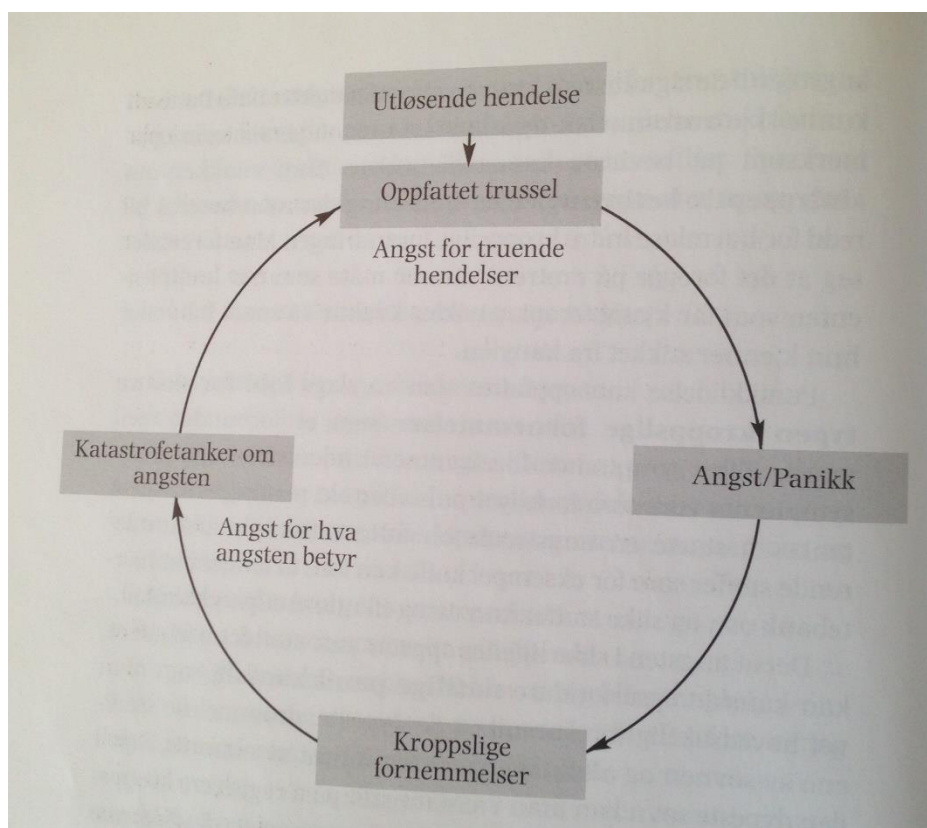
screening into reviews of patients with COPD	<ul style="list-style-type: none"> • Rogers, S. 	of Nursing			Nursing				16
Self – efficacy as a predictor of improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation – An exploratory study	<ul style="list-style-type: none"> • Bentsen, S.B • Wentzel – Larsen, T. • Henriksen, A.H. • Rokne, B. • Klopstad Wahl, A. 	Patient education and counseling	2010	Svemed	COPD Anxiety	4	4	1	12/4-16
A 1-year follow-up study exploring the associations between perception of illness and health-related quality of life in persons with chronic obstructive	<ul style="list-style-type: none"> • Bonsaksen, T. • Haukeland-Parker, S. • Lerdal, A. • Fagermoen, M. S. 	International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease	2013	Scopus	COPD Anxiety Coping	3	3	2	13/5-16

Vedlegg 2: GOLD-KRITERIER

Stadium	Kriterier	Symptomer	Sykdomsgrad
Stadium 1	Mild luftstrømsobstruksjon: (FEV1/FVC < 70 %, men FEV1 > 80 % av forventet)	Vanligvis, men ikke alltid, kronisk hoste og slim fra lungene. Pasienten vil på dette stadiet ikke nødvendigvis være klar over at hans lungefunksjon er redusert	Mild kols
Stadium 2	Økende luftstrømsobstruksjon: (FEV1/FVC < 70 % og FEV1 50-80 % av forventet)	Pasienten vil som regel, men ikke alltid, være plaget av kronisk hoste og/eller slim fra lungene	Moderat kols
Stadium 3	Alvorlig luftstrømsobstruksjon: (FEV1/FVC < 70 % og FEV1 30 – 50 % av forventet)	Akutte forverringer av symptomer, som har innvirkning på pasientens livskvalitet og prognose.	Alvorlig kols
Stadium 4	Alvorlig luftstrømsobstruksjon: (FEV1/FVC < 70 % og FEV1 < 30 % av forventet)	Respirasjonssvikt eller eventuelt kliniske tegn til høyresidig hjertesvikt. Et konstant økt trykk i	Svært alvorlig kols

		lungekretsløpet, pulmonal hypertensjon, kan etter hvert utvikles til høyresidig hjertesvikt. Pasientens livskvalitet er betydelig redusert, og forverring kan være livstruende.	
--	--	---	--

(Almås, Bakkelund, Thorsen & Sorknæs, 2010, s. 123)

Vedlegg 3: ANGSTENS ONDE SIRKEL

(Sitert i Hougaard, 2004, s. 56).

Vedlegg 4: OREMS ÅTTE EGENOMSORGSBEHOV

- Behov for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av luft
- Behov for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av vann
- Behov for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av mat
- Behov for eliminasjonsprosesser og utskillelse av avfallsstoffer
- Behov for å opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile
- Behov for å opprettholde balanse mellom å være alene og å ha sosial kontakt
- Behov for trygghet mot farer for liv, menneskelig funksjon og velvære
- Behov for å fremme funksjon og utvikling innenfor sosiale grupper, i samsvar med menneskelig potensial, kjente begrensninger og ønsket om positivt selvbilde

(Cavanagh, 2001, s. 19)